

領収書用

療養補助金請求書

令和 年 月 日

一般財団法人 愛知県公立高等学校教職員退職互助会 理事長 様

下記のとおり療養補助金を請求します。 会員氏名 ㊞

会 員 記 入	受診会 員氏名		会 員 番 号		00 01	
	住 所	TEL () -)				
	受診時使用 の保険名 〔該当箇所の 数字に○印〕	11 国民健康保険	51 全国健康保険協会【=協会けんぽ】(※)			
		21 後期高齢者医療	51 地方職員共済組合(※)			
		22 前期高齢者医療(70~74歳)	51 市町村職員共済組合(※)			
		31 公立学校共済(※)	61 障害者医療			
		41 私立学校共済(※)	62 特定疾患・特定医療(市町村の補助がある人)			
	【注】(※)の付されたものは任意継続を含みます。 99 その他(名称)					
	保険証の保険者番号			保険証の被保険者番号		
	自己負担割合 (○をつけて下さい)	1 割	2 割	3 割	その他 (特定医療 ・ 障害 など)	
受 診 医療機関 (保険薬局)	院外の薬局は、処方箋発行医院・病院とは別の独立した機関です。 医院・病院とは別に請求書を作成してください。医療法人名の記入は不要です。					
平成・令和	年	月分	〔 支払月 ではなく 受診月 〕	領収書の添付枚数	計 枚	
ひと月につき本用紙が一枚必要です						
当月の保険点数合計			当月の保険診療による本人負担額			
外来	点			円		
入院	点			円		
高額療養費適用所得区分 (高額療養費適用の方は該当するところに○印)						
70歳未満の方	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ					
70歳以上の方	Ⅲ ・ Ⅱ ・ Ⅰ ・ 一般 ・ 住民税非課税					

00
01
欄は事務局が使用します。記入しないでください。

*当月の保険点数合計が**200点以下の場合給付はありません**。領収書手数料を引くと次の点数以下では給付がないので提出しないでください。 → **1割負担…344点 2割負担…272点 3割負担…248点**

*会員記入太枠内の必要事項は、必ずすべて記入してください。太枠外の会員氏名記入と押印も必須です。

*裏面の注意事項をよく読み、領収書(コピー可)は裏面に添付してください。

事 務 局 記 入	3割	1 1 国		決 定 金 額				送 金 日				
		2 1 老	2 2									
	2割	3 1 公										
		4 1 私										
	1割	5 1 健		受 付	事 務 局 長	点 検 者	担 当 者					
		6 1 障	6 2									
0.2割												